

“NAVIDAD SALUDABLE 2024-2025. Campamento Urbano Deportivo”

Dña./D.,
con DNI, teléfono/s
Domicilio:

Y correo electrónico
como madre/padre/tutor/a, por medio de la presente, **SOLICITA** la inscripción en
la actividad “NAVIDAD SALUDABLE 2024-2025 – Campamento Urbano Deportivo en
Chapinería, del menor:

NOMBRE Y APELLIDOS
EDAD:..... DOMICILIO:.....

El importe correspondiente será ingresado en la siguiente cuenta bancaria de titularidad municipal: ES30 2100 8021 1313 0006 4255 o bien será abonado con tarjeta en el momento de la inscripción en las oficinas municipales.

En Chapinería, a ____ de _____ de 20.....

Firma madre/padre/tutor/a legal

INFORMACIÓN GENERAL ACTIVIDAD

DÍAS: 23, 26, 27 y 30 DE DICIEMBRE DE 2024 Y 2, 3 y 7 DE ENERO DE 2025.

HORARIO: 09:00 a 14:00 HORAS.

LUGAR: **CEIPS SANTO ÁNGEL DE LA GUARDA.**

PARTICIPANTES: MENORES DE ENTRE 3 Y 12 AÑOS DE EDAD

NÚMERO MÍNIMO DE PARTICIPANTES: 5 MENORES.

NÚMERO MÁXIMO DE PARTICIPANTES: 12 MENORES.

PLAZAS LIMITADAS SUJETAS A ESTRICTO ORDEN DE INSCRIPCIÓN.

PRECIO ÚNICO: 30 EUROS (No procede la devolución del importe por falta de asistencia).

Los menores deberán llevar ropa deportiva cómoda y almuerzo de media mañana.

“NAVIDAD SALUDABLE 2024-2025. Campamento Urbano Deportivo”

Dªcon DNI
Como madre /tutora.

D. con DNI
Como padre /tutor.

Teléfono móvil madre/tutora: _____ Teléfono Trabajo madre/tutora: _____

Teléfono móvil padre/tutor: _____ Teléfono Trabajo padre/tutor: _____

Teléfono familiar/otros: _____

Autorizo/amos al menor (nombre y apellidos) _____ :

Para que participe en todas las actividades organizadas por el Ayuntamiento de Chapinería durante la “Navidad Saludable 2024-2025. Campamento Urbano Deportivo”. Asimismo, autorizo a los monitores para que en caso de accidente o enfermedad del menor actúen como mejor proceda.

Autorizo/amos* a que recojan al menor a:	
Nombre y apellidos : _____	DNI: _____
Nombre y apellidos : _____	DNI: _____
Nombre y apellidos : _____	DNI: _____

*En caso de firmar sólo uno de los padres esta ficha, éste deberá autorizar, en su caso, al otro progenitor.

Para regresar solo a casa: SI NO

Para realizar fotografías: SI NO

Para realizar salidas dentro del municipio: SI NO

Para que el monitor/a le cambie de ropa en caso de ser necesario: SI NO

ANTECEDENTES DEL MENOR:

¿Es la primera vez que asiste a una actividad de este tipo? SI NO

Enfermedades específicas padecidas:

Alergia a medicamentos: SI NO

¿A cuáles? _____

Otro tipo de alergias: _____

Necesita medicación especial: SI NO

OBSERVACIONES:

Firma de la madre/tutora:

Firma del padre/tutor: